



土地改良法律相談依頼書

令和 年 月 日

相談所属団体	
役職・氏名	
相手方の氏名・住所	
本案件につき初回相談であるか否か 初回相談 ・ 2回目以降の相談 (○印)	相談場所 (事務所) 松江・出雲・大田・益田 (○印)

相談内容 (具体的に) ※資料等は別添で

相談希望日 (相談者は時間の指定はできません)

希望日欄に日付を記入してください。(相談時間は30分を基本とします)

午前又は午後の都合のつく方に○印を記入してください。

希望日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
午前						
午後						

上記枠内に必要事項を記入の上、県土連へメール (smndoren@shimanedoren.or.jp) か

ファックス (0852-24-0848) で送ってください。

リーガルクリニック記入欄 (mailアドレス slc@sanin-legal.jp)

受入可能日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
相談開始時間 (30分)						

県土連処理欄

受付整理番号 _____ 受付日 _____ 月 _____ 日

相談決定日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時から30分間

確認欄

弁護士通知日	相談者通知日	相談日決定	希望日調整	受付担当者名